

30 años, 30 documentos
Comisión Nacional de Bioética

1994

El costo beneficio; un punto de vista bioético

José Antonio
Vázquez Saavedra y
Arnulfo Ramos Figueroa



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



gob.mx/salud/conbioetica



EL COSTO BENEFICIO; UN PUNTO DE VISTA BIOETICO

*Dr. José Antonio Vázquez Saavedra

** Dr. Arnulfo Ramos Figueroa

Hay aceptación unánime que los servicios de atención médica deben ser integrales; este concepto tiene múltiples significados; El más frecuente se refiere a que incluye la prevención de enfermedades, la educación para la salud, el tratamiento oportuno y adecuado y la rehabilitación. Otra definición sobre la integralidad se refiere a que debe cubrir a toda la población; en este sentido es sinónimo de cobertura universal. Un tercer significado se relaciona con el tipo de problemas médicos motivos de atención; en este caso es deseable cubrir lo necesario ya que no es posible atender a toda la demanda.

No podemos ignorar que los recursos son insuficientes para atender todas las demandas y que no es posible asegurar el acceso total de la población a todos los servicios con la máxima oportunidad y eficiencia.

Estos recursos son insuficientes en la medida que se incrementan los costos y el aumento de la población impacta la demanda de servicios.

En el incremento de los costos influyen muchas actitudes. La primera es la actitud misma de la comunidad que no toma en cuenta que la salud depende del desarrollo Social. La actitud de los médicos también contribuye al incremento de los costos ya que con frecuencia descuidan la educación en salud y la prevención.

Todo esto condiciona el que para hacer una correcta distribución de los servicios de salud, se necesita que la sociedad, los médicos y los pacientes, hagan conciencia de lo que significan

los altos costos de la medicina actual, y que estos se incrementan día con día por diversos factores tales como, la inflación la tecnología especializada y otras.

Los servicios de salud nunca serán insuficientes a la demanda ni aún en los países con un alto ingreso económico; sin embargo éticamente el ser humano tiene dentro de sus derechos fundamentales el de la salud, como un bien necesario para existencia; por lo tanto los servicios que ayudan a conservarla o a recobrarla deben proporcionarse a todos.

Ante esta compleja situación la asignación y distribución de los recursos plantea problemas éticos en la solución. En un esfuerzo para resolverlo podemos recurrir a los parámetros tradicionales de "costo-beneficio" y "costo-efectividad".

El costo beneficio implica principalmente un beneficio económico.

Se dice que al disminuir la mortalidad o la invalidez, aumenta la productividad la que el último término puede medirse en dinero. El problema de costo beneficio es que la vida humana debe convertirse en valor económico, situación que no es fácil al referirse al sector salud.

En medicina las variables humanas son casi inmesurables. La medicina trabaja con el ser humano que no es comparable con una máquina para medir su producción.

En salud parece ser mas recomendable el análisis del costo-efectividad el cual tiene una connotación económica mucho mas amplia.

Esta variable mide el costo en relación a la mortalidad, a la calidad de la vida.

El poder distribuir los servicios de salud forma parte de un plan para ordenar los recursos disponibles.

Algunos autores utilizan el concepto de macro distribución para distinguirla de la micro distribución o racionalización y expresar que primero se tienen que distribuir los recursos y luego deben racionalizarse. La distribución se hace en un nivel más alto de la estructura; la racionalización debe darse en los niveles más operativos.

El primer paso en la distribución se presenta cuando el estado asigna un porcentaje del presupuesto a la salud. Por lo general este porcentaje es inferior al de otros sectores. Los presupuestos de salud con frecuencia son exiguos y muchas veces mal distribuidos. Bioéticamente es recomendable hacer planes de distribución siempre deberán darse por el Estado. Sin embargo es importante que tanto la sociedad como el gobierno hagan conciencia de la importancia de hacer una distribución y la lleven a cabo.

Para poder hacer una distribución ética, se recurre al costo-efectividad y obliga priorizar los programas con preferencia a los de menor costo y mayor efectividad.

Para simplificar la distribución de los recursos deben acompañarse por la racionalización la que en algunas ocasiones se conoce como micro distribución.

En la racionalización se presentan

*Director General. de Servicios de Salud D.D.F.

**Titular Jefe Regional N° IV.- D.G.S.S.D.D.F.



situaciones difíciles de resolver ya que hay factores biomédicos y sociales que deben tomarse en cuenta. Se han propuesto diversos métodos para resolverla; dentro de estos podemos mencionar.

El criterio de contribución en el cual si el paciente o el familiar contribuye con recursos tienen derechos a estos servicios.

También se cuenta con criterio de utilidad social en donde la racionalización se hace según la utilidad social del enfermo este criterio es peligroso ya que en él pueden mezclarse consideraciones de tipo político, social y religioso.

Se puede usar un criterio de responsabilidad por medio del cual los recursos se racionalizan teniendo en cuenta la responsabilidad que cada persona ha puesto en cuidar su propia salud.

Se puede utilizar un criterio médico, que para muchos autores dedicados a la planeación es el único criterio éticamente válido en la racionalización de los servicios. Según estos criterios deben atenderse al que medicamente los necesite más, sin poner en juego otros criterios sociales.

En la racionalización de los recursos deben tomarse en cuenta los factores biomédicos; sin omitir los factores sociales principalmente lo relacionado en la esperanza de vida y la proyección futura en la comunidad. Con estos factores podemos hacer una racionalización ética de los recursos.

En ocasiones, este ejercicio de racionalización presenta problemas éticos, en estos casos es recomendable la determinación por medio de un Comité Interdisciplinario que puede que puede ser el Comité Local de Bioética.

Para la distribución de los recursos en salud se pueden usar algunos

criterios de eficiencia y de equidad; esto en razón de que existe una crisis de limitación de los recursos económicos la salud, tanto actuales como en el futuro y por lo tanto los problemas de la distribución se convierte en un tema problemático en la medicina.

En las publicaciones médicas con frecuencia nos encontramos procedimientos, prácticas y temas tecnológicos que con frecuencia se refieren a los de costo beneficio y costo efectividad. Aunque ambos términos están relacionados tienen algunas diferencias desde el punto de vista del análisis que se haga se reconoce que tanto el análisis del costo beneficio y como la del costo efectividad permiten a los que planean la salud hacer la distribución de los recursos para proporcionarla.

El análisis del costo beneficio se requiere que tanto al costo como al beneficio se le asignen valores monetarios; para tal efecto se han propuesto diferentes métodos para lograrlo.

El costo beneficio convierte la disminución de la mortalidad y morbilidad en un incremento de la productividad y los considera como los beneficios indirectos de la intervención médica. Por el contrario en el análisis del costo efectividad no se requiere una valoración monetaria ni de los beneficios ni de los costos; el objetivo principal es medir los beneficios, no en términos monetarios, y se utiliza la mortalidad, morbilidad o la calidad ajustada de vida en el sentido de beneficios intangibles de salud.

El costo efectividad es particularmente útil para comparar diferentes alternativas como es el caso de tratamientos de un determinado modelo médico. Por ejemplo el análisis de costo efectividad podría servirnos para determinar que es lo más beneficioso entre un centro de

hemodiálisis, la diálisis en el hogar, la diálisis peritoneal continua o el trasplante del riñón. El costo efectividad permite estos razonamientos para precisar cual es el que produce el mayor beneficio al menor costo.

El análisis de costo efectividad puede usarse para comparar los beneficios derivados de diferentes programas de salud y precisar cual logra el mayor beneficio al menor costo.

La utilización del costo efectividad sirve de base para la distribución de los recursos si el objetivo final es el de maximizar los beneficios de la salud.

Si por contrario el objetivo del análisis de los programas es comparar los gastos del cuidado de la salud con otros programas sociales como la asistencia pública, está indicado el análisis del costo beneficio; esto en razón de que todos los gastos y beneficios se convierten en unidades monetarias. El problema principal de este punto de vista es que la vida humana y la calidad de vida deben obtener un valor monetario.

Si por el contrario del análisis de los programas se orienta a determinar cual es el que tiene mayor beneficio entonces, el análisis del costo efectividad tiene mas ventajas.

Tal como dice Samuel Gorovitz, que no todos estamos de acuerdo en la organización de un sistema nacional de salud que incluyen la distribución de costos y beneficios.

Para complicar aun más las cosas se ha hecho un intento de insistir en que los gastos en salud deben usarse con eficiencia y equidad; esto nos pone en la disyuntiva de tener que definir el criterio de eficiencia y equidad de suerte que se pueda orientar debidamente la distribución de recursos en el cuidado de la salud.

Un fenómeno muy utilizado es hablar de eficiencia en términos físicos matemáticos, en los cuales la



eficiencia es una proporción calculable y es una razón que se establece entre trabajo que ingresa y el resultado.

Cuando hablamos de eficiencia fuera del campo físico-matemático la palabra tiene una connotación más subjetiva; el error consiste en pensar que todavía es una noción precisa y que sirve para ser decisiones cuantitativas. Cuando hablamos de eficiencia en los cuidados de la salud ya no es fácil valorar los resultados obtenidos; este dilema no ha sido debidamente resuelto y hasta que puede alcanzarse alguna definición más clara el término seguirá usándose en forma imprecisa.

Con el propósito de aclarar este concepto pongamos dos ejemplos:

Ejemplo 1: Supongamos que se ha invertido en un tomógrafo computarizado en un hospital para salvar 30 vidas adicionales al año y es necesario comparar la eficiencia de esta inversión en contra de un programa de diagnóstico comunitario que pueda mejorar la salud de muchas personas.

Ejemplo 2: Supongamos que un programa de inmunización pública que significa una fuerte inversión y que protege a muchas personas se compara contra los resultados utilizados para combatir alguna epidemia de características desconocidas.

En ambos ejemplos el concepto de eficiencia no queda demasiado claro, el dilema no es solamente filosófico; hay problemas que requieren decisiones sociales para enfrentarlos; en este caso a la variable eficiencia se debe agregar el concepto de equidad tomado como equivalente al de justicia.

Una manera de interpretar el concepto de eficiencia o por lo menos en la forma que actualmente lo usamos es definirlo como la medida o el grado que una acción produce bienestar es decir la satisfacción de las nece-

sidades y deseos humanos. Desde este punto de vista un programa o una política es más eficiente en la medida que produce el máximo beneficio posible.

Esta concepción es un clásico utilitarismo. La objeción a esto son numerosas pero el atractivo que presenta no ha sido superado y nos orienta sobre lo que debemos hacer tanto individual como colectivamente.

Por el contrario la equidad es obviamente un concepto moral más alto. Significa justicia, igualdad en tratar una persona con otras; si embargo se tiene un dilema para interpretar la palabra justicia. Aquí nuevamente existe una tradición histórica del pensamiento que nos guía desde las antiguas reglas Pitagóricas de la conducta los 10 mandamientos hasta las estructuras morales de Emanuel Kant con sus teorías contra el utilitarismo.

Hemos madurado y sostenido un sentimiento de tal manera que consideramos que algunas acciones son correctas e incorrectas independientemente de las consecuencias a las que se orientan o hacia el fin que persiguen.

El proporcionar una definición del sentido de justicia no es fácil; la eficiencia es un valor que refleja nuestra preocupación con la producción de máximo beneficio; la equidad es un valor que refleja nuestra preocupación por realizar lo que es justo, independientemente de la eficiencia.

La equidad tiene costo y en ocasiones la acción más eficiente y la más equitativa no significan lo mismo. Si buscará entonces un equilibrio entre ambos valores competitivos.

Debemos suponer que las consideraciones de equidad y justicia en el tratamiento de personas, requiere que cada

individuo sea libre de seleccionar la localización geográfica en la cual quiere y desea trabajar. Aun más el concepto de equidad requiere que una nación industrializada opera un nivel adecuado de salud y que disponible para todos los ciudadanos incluyendo aquellos de comunidades rurales pobres. Imaginémosnos también preocupación de limitar los costos del cuidado de la salud, colocando un límite en la cantidad de incentivos financieros que podemos proporcionar a los médicos para ejercer en localidades indeseables. En estas condiciones el conflicto es evidente y podemos resolver el problema solamente sacrificando la libertad del médico, sacrificando la salud de los pobres o sacrificando la aportación de toda la sociedad.

Como la salud no es único valor por lo cual nos interesamos también deseamos tener recursos suficientes disponibles para otros gastos; por lo tanto parece obvio definir cuando queremos gastar en salud y también decidir como vamos a gastarlo. La realidad es que no existe mecanismos organizados y coherentes para decidir como vamos a gastarlo. La realidad es que no existe mecanismos organizados y coherentes para decidir que tanto va gastarse o como le vamos hacer.

Cualquier consideración que se haga para limitar los costos tiene que ver con problemas de la distribución de los insumos.

Básicamente hay dos posibilidades para disminuir los costos; limitar o reducir los servicios y otro particular o reducir los costos del promedio de estos servicios:

Una manera de reducir o limitar los servicios es distribuirlos solamente a una porción limitada de aquellos casos que se necesitan; en estos casos la reducción de servicios es posible a través de redefinición de necesidades. Desde el punto de vista bioético aquí es donde podemos expresar prioridades a grupos espe-



cíficos o a las personas mas vulnerables. Para subsanar este problema ético podemos recurrir a varios principios de distribución; y utilizar criterios como proporcionar a cada persona conforme a sus medios, esto es una política de simple mercado. También podemos proporcionar a cada quien con un concepto utilitario que persigue la maximización de la eficiencia. Otro método consiste en proporcionar a cada quien de acuerdo con su status; en este caso se va a favorecer a grupos más específicos y más vulnerables; finalmente se puede optar por distribuir recursos a cada quien de acuerdo a sus necesidades.

John Rawls en su teoría de la justicia argumenta que la equidad requiere que usemos un criterio semejante al que se utiliza al juzgar a las instituciones sociales. En esta teoría son importantes el respeto a la libertad conjuntamente con la preocupación por el más vulnerable. Puede ser útil conservar los criterios de Rawls en nuestra búsqueda de la eficiencia.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Cordero Armando; Bobenriett Manuel.- "Administración de Sistemas de Salud.- 1993
- 2.- Velez Correa Luis Alfonso M.D.

"Etica Médica" 1987 Corporación para investigación Biológica".- 1987

3.- Evans Roger W, "Health Care Technology And The inevitabilite of Resouce Allocation.- J.A.M-A. 1983 Vol. 249.

4.- Gorovit Samuel.- Equity, Efficiency And The distribution of health Care; in Biomedico Ethics. 568-573 Oxford Co 1986.

Fuente:

José Antonio Vázquez Saavedra y Arnulfo Ramos Figueroa. "El costo beneficio; un punto de vista bioético". *Boletín Comisión Nacional de Bioética* 1.3 (1994): 18-21.

